



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA

TEMA:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTADO DE ÁNIMO, CONDICIÓN  
SOCIOECONÓMICA COMO VARIABLES ASOCIADAS AL GRADO DE  
ADICCIÓN A LA INTERNET EN ADOLESCENTES DE DIFERENTES COLEGIOS  
DE LA CIUDAD DE QUITO 2016”

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRÍA

AUTORES:

ZONNIA ALEXANDRA PALATE SUPE  
DAVID FERNANDO PAREDES COLLAGUAZO

Director: Dr. Freddy Carrión

Tutor metodológico: Dr. Patricio Romero

QUITO, 2016

**PARA TÍTULO PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, ZONNIA ALEXANDRA PALATE SUPE C.I. 1803853280 Y DAVID FERNANDO PAREDES COLLAGUAZO, C.I. 1720637477, autores del trabajo de graduación titulado: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTADO DE ÁNIMO, CONDICION SOCIOECONÓMICA COMO VARIABLES ASOCIADAS AL GRADO DE ADICCIÓN A LA INTERNET EN ADOLESCENTES DE DIFERENTES COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO 2016”, en la Facultad de Medicina:

- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos del autor.
- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica de Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 31 de octubre del 2016

Zonnia Alexandra Palate Supe  
C.I. 1803853280

David Fernando Paredes Collaguazo  
C.I. 1720637477

## DEDICATORIA

***“Las palabras nunca alcanzaran cuando lo que hay que decir desborda del alma”***

### **Alexandra:**

Dios te agradezco de la forma más sincera por las bendiciones que derramas en mi vida y por la fuerza en el día a día para lograr lo obtenido.

A mi hijo Samuel quien es la perla, el arcoíris que ilumina mi vida, a quien le debo este mérito por su sacrificio de pasar días y noches sin su madre, y en las noches de desvelo fue mi fuerza de inspiración de ser mejor cada día. A mi esposo Wilson, y mi padre Luis por su apoyo incondicional, A mi madre Cecilia + que desde el cielo nunca me abandonó y siempre estuvo junto a Dios bendiciéndome. A mis hermanos quienes me incentivaron a lograr los sueños que en algún momento no creí lograrlos.

### **David:**

Dedico y agradezco a Dios infinitamente por darme la oportunidad de llegar a este punto en mi vida. A mis Padres Pedro y Matilde que con su ejemplo, dedicación, esfuerzo y paciencia día a día; me dieron la fortaleza para ser lo que soy, gracias por el sustento para poder alcanzar mi meta. A mi amada esposa Sofía quien tras noches de desvelo nunca dejo de apoyarme en cada momento a pesar de las dificultades, nunca me faltó su ayuda, su apoyo, su paciencia, su amor y constante compañía. A mi hija Pauleth que ha sido la fuente de mi inspiración, la alegría, la luz que ha iluminado mi vida, la que me ha enseñado que se puede dar un paso adelante, que se puede levantar siempre de toda caída; a mis hermanos Alejandro y Paúl por su fraternidad infaltable e incondicional; a todas aquellas personas que no las menciono, pero las llevo dentro de mi corazón que sin su ayuda no hubiera podido alcanzar este logro tan grande en mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

“Mientras el río corra, el monte haga sombra y en el cielo haya estrellas, debe durar la memoria del beneficio recibido en la mente del hombre agradecido” (Virgilio)

Agradecemos a los docentes:

Dr. Freddy Carrión, Dr. Patricio Romero por su entrega, constancia y apoyo incondicional para la realización de este trabajo y a todas las personas que creyeron en nosotros, que siempre nos apoyaron, que a pesar de no ser mencionados los tenemos presentes siempre, porque sin esa invaluable ayuda este logro no se hubiera alcanzado.

Esta investigación ha sido posible gracias a la colaboración de los alumnos y los profesores de los centros de Educación secundaria:

- Colegio Fiscal Jorge Mantilla
- Colegio Particular Nuestra Señora del Cisne
- Colegio Nocturno 6 de Diciembre

## CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
1.1 Generalidades.....	8
1.2 Características de una persona adicta al Internet .....	10
1.3 Efectos Secundarios .....	12
1.4 Impacto de la tecnología en los adolescentes .....	14
2. Funcionalidad Familiar relacionado a adicción a Internet.....	16
3. Estado de Ánimo relacionado a adicción a Internet .....	18
4. Condición Socioeconómica relacionada a adicción a Internet.....	20
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>22</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>22</b>
3.1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.2 OBJETIVOS .....	22
3.3 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.4 EXPOSICIÓN DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO .....	23
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>37</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
4.1 Análisis Descriptivo.....	37
4.2 ANALISIS INFERENCIAL .....	46
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>50</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES: .....</b>	<b>53</b>
<b>RECOMENDACIONES:.....</b>	<b>54</b>
<b>CAPITULO VI .....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>56</b>

<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>
7.1 ESCALA KS.....	64
7.2. ESCALA APGAR FAMILIAR.....	65
7.3 TEST DE HAMILTON D.....	66
7.4 TEST DE HAMILTON A.....	67
7.5 - FORMULARIO INEC DE NIVEL SOCIOECONOMICO .....	69

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Frecuencia de Género en adolescentes.....	37
Gráfico 2: Frecuencia de edad adolescentes.....	38
Gráfico 3: Frecuencia de nivel escolar.....	39
Gráfico 4: Frecuencia del tipo de colegio.....	40
Gráfico 5: Frecuencia de adicción al internet según escala KS.....	41
Gráfico 6: Frecuencia de grados de funcionalidad familiar.....	42
Gráfico 7: Frecuencia de grados de depresión.....	43
Gráfico 8: Frecuencia de grados de ansiedad.....	44
Gráfico 9: Frecuencia del Estado socioeconómico.....	45

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Operacionalización de variables del estudio .....	32
Tabla 2: Relación Funcionalidad Familiar y Adicción a Internet .....	46
Tabla 3: Relación Estado Socio Económico y Adicción a Internet.....	46
Tabla 4: Relación Ansiedad y Adicción a Internet.....	47
Tabla 5: Relación Depresión y Adicción a Internet .....	48
Tabla 6: Relación Ansiedad y Funcionalidad Familiar .....	48
Tabla 7: Relación Depresión y Funcionalidad Familiar .....	49

## RESUMEN

La población de estudio fueron pacientes adolescentes de diversos Colegios de Quito, por medio de encuestas, en las instituciones en el periodo Junio - Octubre 2016, por médicos posgradistas de pediatría.

El tamaño de la muestra fue de 1189 adolescentes, con nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.

Este estudio fue de tipo exploratorio, el análisis se realizó a través del método inductivo basado en el análisis de escalas validadas a nivel internacional, las mismas que fueron proyectadas en encuestas como: funcionalidad familiar, estado de ánimo, estado socio económico y grado de adicción a internet.

Los resultados: el estudio no demostró relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y adicción a internet, al igual que estado socioeconómico y adicción a internet con una  $p$  0.57, sin embargo en relación al estado de ansiedad y adicción a internet fue de  $p$ : 0.000 que fue estadísticamente significativo con ansiedad leve y moderada de 68.3 % con potencial de riesgo y alto riesgo de adicción a internet.

Respecto a la depresión se evidencio que 19.1% presento depresión moderada y muy severa, relacionandose directamente con potencial de riesgo y alto riesgo de adicción a internet. ( $p$ : 0.000).



## **ABSTRACT**

The study population were teenagers from high school of Quito, through surveys, in the institutions in the period June - October 2016, by postgraduate doctors of pediatrics.

The sample size was 1189 adolescents, with 95% confidence level and 5% margin of error.

This study was of an exploratory type, the analysis was performed through the inductive method based on the analysis of internationally validated scales, and they were projected in surveys such as: family functionality, mood, socioeconomic status and degree of addiction to Internet.

The results: the study did not demonstrate a statistically significant relationship between family functionality and internet addiction, as well as socioeconomic status and internet addiction with a  $p$  0.57, however in relation to the state of anxiety and addiction to internet was  $p$ : 0.000, was statistically significant with mild and moderate anxiety of 68.3% with potential risk and high risk of internet addiction.

Depression was evident that 19.1% had moderate and very severe depression, directly related to potential risk and high risk of internet addiction. ( $p$ : 0.000).

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Hoy en día, y de manera específica las redes sociales en Internet (RSI), son esquemas que permiten a los individuos atender un punto de interés común para compartir contenidos en diversos formatos de comunicación y establecer relaciones interpersonales (Sanchez, 2013).

En el campo de la salud, hoy en día se habla de un nuevo género de “adicciones” relacionados a las RSI como la Adicción a Internet, al cibersexo o la Adicción a las redes sociales, temas que la literatura internacional de la psiquiatría y la psicología aún estudian (Sanchez, 2013), por lo que se considera como una adicción psicológica y no química.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este tipo de condiciones son una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (Odriozola, 2010).

El uso y abuso de Internet están relacionados con variables psicosociales, como la vulnerabilidad psicológica, los factores estresantes y el apoyo familiar y social.

Algunas señales de alarma se disparan antes de que una afición se convierta en una adicción. El concepto de adicción a Internet se ha propuesto como una explicación para comprender la pérdida de control y el uso dañino de esta tecnología. Sus síntomas de este son comparables a los manifestados en otras adicciones (Odriozola, 2010).

Algunos especialistas refieren que las redes sociales como Facebook provee una visión distorsionada de la realidad, lo que podría causar más dolor que situaciones cotidianas en la vida del adolescente como sentarse solo en una cafetería llena de personas, sin mantener ningún contacto social real (Dominguez, 2014).

La dependencia de las redes sociales está ya instalada cuando se produce un uso abusivo asociado a una pérdida de control. Aparecen síntomas de abstinencia (ansiedad, depresión, irritabilidad) ante la pérdida temporal de conexión, se establece la tolerancia (es decir, la necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión a las redes sociales para sentirse satisfecho) y de ahí derivan consecuencias negativas para la vida cotidiana de la persona afectada (salud, familia, escuela y relaciones sociales) (Echeburrua, 2012).

Facebook es un ejemplo de los más reconocidos y utilizados con mayor frecuencia “Social Network Service (SNS)” (Servicio de redes sociales). Las estadísticas alcanzando un promedio de más de 829 millones de usuarios activos al día son la mejor prueba de su popularidad (Facebook, 2014) (Błachnio, 2016).

Una característica de la adicción a Internet es que ocupa una parte central de la vida del adolescente, permitiendo al usuario escapar de la vida real y mejorar su estado de ánimo. Al margen de la vulnerabilidad psicológica previa, el abuso de las redes sociales puede provocar una pérdida de habilidades en el intercambio social, desembocar en una especie de analfabetismo relacional y facilitar la construcción de relaciones sociales ficticias (Echeburúa y Requesens, 2012).

## **JUSTIFICACIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que 1 de cada 4 personas sufre algún trastorno de conducta relacionado con adicciones sin sustancias. (García, 2014).

En un estudio de salud mental de Néstor Fernández en el año 2013, quien refiere que no existe adicción a las redes sociales sino problemas de conducta derivados del acceso a la diversidad de contenidos que provee la Internet. El concepto de adicción se aplica cuando el agente nocivo es una sustancia; siendo los mas vulnerables los adolescentes, y se debe proveer a los padres de familia algunas estrategias preventivas. (Radwanick, 2011).

Las redes sociales más utilizadas hoy en día son Facebook, Youtube, WhatsApp, QQ, Qzone, WeChat, Instagram, Weibo, LinkedIn, Twitter. (Nieto, 2016). En el 2011 se calculó que, de las personas mayores de 15 años de edad, el 82% accede a Internet desde una computadora personal en casa o el trabajo y cada uno de ellos tiene una cuenta en alguna Red Social de Internet, twitter y correo electrónico. En

ese entonces, Facebook tenía más de la mitad (55%) de la audiencia mundial (Piedra, 2016).

En los últimos años el uso de las nuevas tecnologías, internet, telefonía móvil, videojuegos y televisión se han instalado de forma rápida en la vida cotidiana. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2013), el 91.8% de los niños y niñas entre 10 y 15 años son usuarios habituales de la red (García, 2014).

La adicción a Internet puede conllevar a variables de personalidad como la depresión, la ansiedad y la autoestima. El autoestima resultó ser el factor más afectado con la adicción. Los adictos jóvenes pueden establecer un mayor número de contactos gracias a la facilidad de reunión con personas a través de Internet, teniendo mayores efectos negativos tanto sobre sí mismos y sobre su entorno social inmediato (Casas, 2013).

Según el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009), el 98% de los jóvenes españoles de 11 a 20 años son usuario de Internet. De ese porcentaje, 7 de cada 10 afirman acceder a la Red por un tiempo mínimo de 1.5 horas/día, pero solo una minoría (en torno al 3% o al 6%) hace un uso abusivo de Internet. Es, por tanto, una realidad obvia el alto grado de uso de las nuevas tecnologías entre los adolescentes y jóvenes (Odriozola, 2012).

Aunque la adicción a Internet no estaba incluida en la actualización más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (el DSM-5), el

problema es ampliamente reconocido por académicos y profesionales (Błachnio, 2016).

En Ecuador la Dra. Tipantuña Karina (2013), en su trabajo de Adicción al internet y sus consecuencias en adolescentes recomienda utilizar alguna otra escala de evaluación más completa para determinar abuso de internet, en dicho trabajo se utilizó la Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL) la misma que, no presenta punto de corte para determinar la adicción. Además, refiere que el entorno familiar hace meritorio y prioritario el acercamiento a investigaciones sobre esta realidad (Tipantuña, 2013).

Reascos A. y Vasconez W. (2014) en su investigación “Correlación entre la adicción a Facebook, la morbilidad psicopatológica y los resultados académicos en estudiantes universitarios” utilizaron la escala de adicción a Facebook de Bergen que aún no se encuentra validada a nivel mundial ni se han estudiado las propiedades psicométricas de su versión en español por lo que recomienda realizar investigaciones siguientes para mejorar la calidad de los resultados obtenidos (Reascos, 2014).

Este estudio se realizó siguiendo las normas de Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que trata sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables (Asociación Medica Mundial, 2015).

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Generalidades**

Internet puede definirse como una red de redes de ordenadores que comparten datos y recursos, que permite a los ordenadores (y a las personas) comunicarse entre sí, en cualquier parte del mundo. Internet es una herramienta a la que se le atribuyen innumerables ventajas para la educación, el comercio el entretenimiento y para el desarrollo del individuo (González, 2013).

La adicción a Internet forma parte de las llamadas nuevas adicciones sin droga. El internet es un instrumento que utilizado en exceso, puede llevar a una persona a desarrollar alguna de las adicciones comportamentales, como juegos en línea, cibersexo y redes sociales (Ima, 2014).

El diseño de Internet en sí permite el anonimato en las interacciones, lo cual hace que la comunicación por vía electrónica tenga una característica que la diferencian de la que se puede dar en la vida real, provoca desinhibición, consiste en una pérdida del pudor y del miedo a expresarse libremente, lo cual provee a la persona de un sentimiento de protección y libertad al mismo tiempo (Young, 2014).

Enrique Echeburúa, catedrático de psicología en Madrid recomienda que el uso de internet no debe prolongarse más de 2 horas diarias, asegura las personas

vulnerables a adicciones son personas introvertidas, baja autoestima, con vida familiar pobre, se pueden hacer dependientes ya que el internet del ordenador no les pide nada a cambio. El psiquiatra Shapira agrega que el trastorno de personalidad maníaco depresiva es otro factor de riesgo. (Young, 2014)

Tres puntos de vistas sobre la adicción son recurrentes en la literatura psicoanalítica y en la literatura sobre la adicción:

- La adicción como una enfermedad mediada biológicamente.
- La adicción como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos.
- La adicción como un objeto transicional o su equivalente.

En un estudio realizado en el departamento de salud de Catalunya, se evaluó la conducta de riesgo patológico a otras adicciones (492 personas), teniendo una conducta de riesgo un 3.9%, y un 6,7% tenían relación con otras conductas no tóxicas siendo una de estas el internet en un 54.5% seguido de las compras de 27.3% (Johnson, 2015).

Desde el punto de vista biológico, se ha visto que estas adicciones comportamentales actúan a través de receptores neuronales y sistemas de neurotransmisión muy similares a los que generan la adicción a las drogas tóxicas (Garcia, 2014).

La adicción a la Internet, y su mal uso en general, constituye hoy en día una amenaza creciente contra la salud pública, y debe hacerse todos los esfuerzos para que la vigilancia de su uso racional sea una tarea seria y continua de los padres,



los educadores, las autoridades sanitarias, las agencias reguladoras de las telecomunicaciones y los legisladores, y que toda entidad pública o privada la utilice para sus fines y objetivos.

## **1.2 Características de una persona adicta al Internet**

Existen diferentes características con las que podemos identificar a una persona que es adicta o que está propensa a ser adicta al Internet.

Las “características de alerta”, es decir, muchas personas las han desarrollado, pero no podemos hablar aún de una adicción propiamente dicha. No obstante, si además de las 5 primeras características que se enuncian a continuación, la persona está desarrollando varias de las 5 siguientes, entonces sí podemos considerar que dicha persona está haciendo un uso inadecuado de Internet con consecuencias negativas: (Grimaldo, 2013) (Garcia, 2012).

1. Si abandona la práctica de deportes, actividades físicas o hobbies que antes ocupaban parte de su tiempo.
2. Si muestra excesiva irritación o ansiedad cuando es interrumpido mientras está ante la computadora.
3. Si deja de participar en las actividades familiares y pasa todo el tiempo en su habitación ante la computadora.
4. Dispersión de la atención: El usuario se conecta para realizar una tarea y no es capaz de centrarse sólo en aquello que iba a hacer. Finalmente termina en el Messenger charlando con un amigo/a que se acaba de conectar... En definitiva: termina con cuatro o cinco pantallas abiertas haciendo muchas cosas

a la vez. No es capaz de centrar su atención y las tareas se triplican en cuanto a la duración.

5. Búsqueda de satisfacción: Esto suele traducirse en la búsqueda diaria de contenidos pornográficos, relativos al sadismo y la violencia extrema y otros.
6. Desarrollo de tolerancia: El individuo se familiariza con un determinado nivel de estimulación y con el paso del tiempo termina acostumbrándose a dicho nivel, y lo que al principio le resultaba estimulante pasa a serlo cada vez menos.
7. Creación de nuevas identidades: Para buscar nuevas sensaciones el usuario termina creando diversas identidades con las que experimenta.
8. Protagonismo de lo emocional: El usuario va sustituyendo el mundo real por el virtual, pero necesita del mismo tipo de contactos y relaciones, por lo que buscará en Internet un nuevo núcleo de amigos, pareja y demás relaciones a las que esté acostumbrado.
9. Pérdida de control sobre el tiempo de conexión: El usuario se conecta y termina dedicándole al menos el doble o el triple del tiempo planteado. Todo ello sin ser consciente del tiempo transcurrido desde que inició la tarea.
10. Conexión compulsiva: El usuario siente la necesidad de conectarse cuantas veces puede, aunque sea por un período de tiempo muy breve (5-10 minutos). Realiza varias conexiones al día en distintos momentos, con distintos objetivos, y las alarga cuanto puede, incluso aunque como consecuencia tenga que llegar tarde a otros sitios o lugares relativos a sus obligaciones.
11. Síndrome de abstinencia: Si el usuario no puede conectarse, o bien como consecuencia de un “castigo” o a causa de una avería: sufre. Se vuelve más irascible, busca a quien culpar de la situación, se pone nervioso, se impacienta

12. Preferencia por las ciber-relaciones: Las personas que desarrollan un desorden de adicción a Internet, terminan dedicando más tiempo a sus amigos virtuales que a sus amigos de la realidad, o incluso terminan estableciendo nuevos vínculos de pareja.
13. Supresión de horas de sueño y/o comida: La última característica consiste en suprimir horas de sueño o incluso comidas para prolongar la conexión a Internet. Menores que permanecen conectados hasta altas horas de la madrugada y/o que cenan un bocadillo delante del ordenador, todo ello con relativa frecuencia.

### **1.3 Efectos Secundarios**

Se ha encontrado que los adictos a la Internet presentan una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como: depresión, trastorno bipolar, ansiedad y trastornos de hiperactividad por déficit de atención; además de factores predictivos: baja autoestima, fobias, hostilidad e historia familiar de consumo de alcohol y ansiedad social (Johnson, 2015).

Dada esta diversidad y a la heterogeneidad de la población, Young también manifestó que esta adicción es, a menudo, de difícil diagnóstico porque sus síntomas pueden estar enmascarados por el uso legítimo de la Internet y que los médicos no deben dejar de hacer preguntas sobre el uso de la computadora durante la elaboración de la historia clínica (Young, 2014).

Si bien la principal consecuencia que padecen tanto los adultos como los niños relacionada al abuso de la computadora, es el aumento de peso que está directamente relacionado con el sedentarismo. También existen otras complicaciones como la falta de sueño, situación que provoca que al día siguiente el cansancio, el mal humor y la desgana sean los protagonistas (Garcia, 2014).

Una investigación encabezada por la doctora Jodi Mindell del Centro del Sueño del Hospital de Niños de Filadelfia, en los Estados Unidos (EE.UU), estableció que entre el 20 y 25 por ciento de los jóvenes presenta algún tipo de desorden relacionado con el sueño (Garcia, 2014).

Actualmente, las personas viven más experiencias y emociones virtuales, a través de plataformas sociales, juegos online, sexo a distancia con dispositivos sensoriales o chats con supuestos amigos lejanos, pero pocas tecnologías o redes sociales nos ayudan a retomar el camino de vuelta; al contrario, nos estimulan a “vivir” en su comunidad virtual. Otro de los efectos es la ausencia, estando físicamente en el mundo real pero no estamos realmente presentes, y el aislamiento momentáneo o permanente del mundo real y de nuestra vida en sociedad (Jene, 2013).

También cabe destacar las consecuencias psicológicas como las de mayor peso que afectan sobre la persona, se puede decir que parte de estos efectos psicológicos son muy comunes como son: la depresión e inestabilidad emocional y ansiedad por realizar de forma abusiva su adicción, otros efectos negativos de la adicción a las nuevas tecnologías también son el empobrecimiento afectivo,

agresividad, confusión entre el mundo real-imaginario, infantilismo social, inmadurez, fantasía extrema y falta de habilidades de afrontamiento. Por último, se deben mencionar las consecuencias psicosociales o sociales como el aislamiento social, conflictos familiares, escolares o laborales, incumplimiento de las actividades de la vida rutinaria (pérdida de los hábitos normales de higiene), problemas económicos como legales (delitos, robos, agresiones...) (Secades, 2012).

#### **1.4 Impacto de la tecnología en los adolescentes**

López (2004) comentó en su investigación que las escuelas normales formadoras de maestros tienen el desafío de ubicar al estudiante ante las posibilidades de emplear la tecnología de la información y comunicación para acceder al mundo inimaginable que las redes digitales ponen al alcance de la juventud, para que juntamente con sus maestros puedan cultivar y desarrollar todo el potencial creativo que la informática. (López, 2004).

El Estudio JOITIC realizado en Barcelona con 5.538 alumnos de primero a cuarto curso de 28 centros del área de Barcelona refiere que el 48,6% eran chicas, edad media 14 años, el 20,3% refieren bajo rendimiento escolar, 75,5% realizan actividades extraescolares, y 88,9% refieren buena relación familiar (Muñoz, 2013).

Magdalena Claro 2010, señala que las políticas de incorporación de las TIC (Tecnologías de la Información y la comunicación) a la educación en América Latina

y el mundo han estado acompañadas de tres promesas o expectativas fundamentales (Lago, 2015):

- Preparar a los alumnos en el manejo de las tecnologías, alfabetización informática o digital.
- Disminuir la brecha digital, entregar acceso universal a computadores e Internet.
- Mejorar el rendimiento escolar de los alumnos transformando las modalidades de enseñanza y aprendizaje.

Muñoz en el 2015 estudia el impacto de programas de masificación del uso de las TIC sobre el rendimiento de estudiantes del ciclo básico en las pruebas nacionales estandarizadas de lenguaje y matemáticas, establecidas por el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) refiriendo que estos programas no han tenido efectos significativos en el rendimiento, ni individual ni conjuntamente, pero si fue posible identificar efectos positivos y significativos de TIC en Aula sobre grupos específicos en lenguaje, no así en matemáticas (Muñoz & Ortega, 2015).

En una revisión de varios autores refieren que los indicadores que afectan de alguna manera el impacto que las TIC sobre el rendimiento académico son: contexto económico y social del estudiante, ámbito educacional del estudiante, capacitación del profesorado, programas de estudio, programas docentes, control de calidad de la infraestructura, perfil académico del estudiante, institución, motivación del estudiante y profesores.

En definitiva, no existe una metodología única para medir el impacto de las TIC en la educación, ya que es necesario tomar en consideración varios factores que están relacionados con el contexto de la universidad, profesores y estudiantes que, por tanto, afectan el desempeño del estudiante independientemente si se utilizan las TIC en el entorno educativo (Hernández & Guerrero, 2015).

## **2. Funcionalidad Familiar relacionado a adicción a Internet**

La definición de familia, es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al crear la relación entre sí producen una organización psicosocial estructuralmente formada en constante cambio, evolución y crecimiento propio. Siendo así la funcionalidad familiar se define como la capacidad de este sistema psicosocial de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital, las diversas crisis y problemas que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con ciertas tareas encomendadas, al igual que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante (Land, 2008). Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo a 100 estudiantes de entre 15 y 19 años de edad en Cuba. Al aplicar la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar SS-FIL, se encontró; que el 48% de las familias son moderadamente funcionales, el 29% disfuncional, solo el 21% funcional y 2% severamente disfuncional (Hernández, Cargill, & Gutiérrez, 2011).

Al relacionar en primer lugar la prevalencia de adicción a internet en adolescentes publicada en diferentes países, en segundo lugar, los avances en el estudio de la

relación de adicción con los factores familiares, tenemos que el amplio uso de Internet en estos momentos, ha provocado un alto impacto en el ámbito, laboral, académico y social de las personas, más aun en los adolescentes que cada vez tienen mayor acceso a Internet, como un medio accesible a la información, entretenimiento, socialización, siendo este una ventana al mundo, y sabiendo que su uso excesivo, puede provocar efectos adversos y dañinos sobre el desarrollo psicosocial del adolescente (Aysegul, 2008).

Se evidenció que estudios informan la presencia de mayor relación entre adicción a internet y disfunción familiar, problemática creciente hoy en día (Li, Garland, & Howard, 2014). Mientras que en Taiwán un estudio con 8941 adolescentes, determinó como variables: la depresión, baja o nula vigilancia por parte de la familia, pobre relación entre la familia y la escuela, conflictos intrafamiliares, relación con amigos que presentan elevada ingesta de alcohol y la zona rural como lugar de residencia, fueron factores significativos para presentar adicción a internet (Yen, Ko, Yen, Chang, & Cheng, 2009).

Varios factores de riesgo han sido identificados como determinantes de la adicción a Internet, incluyendo: ser hombre, vivir en áreas urbanas, no vivir con padres biológicos, pobre relación con los padres, desempleo de los padres, uso excesivo de sitios sociales y de redes de juegos. Al igual se informó el conflicto de los padres y la supervisión inadecuada en el uso inadecuado de Internet como las principales causas de la adicción a Internet (Hashemian, Direkvand-Moghadam, Delpisheh, & Direkvand-Moghadam, 2014).



Sin embargo en el Ecuador, se efectuó un estudio en el 2013, en la ciudad de Quito, donde se presentó asociación estadísticamente significativa entre la Adicción a Internet (dimensión I y II) con trastornos sociales, cuyos datos fueron positivos (Tipantuña, 2013).

### **3. Estado de Ánimo relacionado a adicción a Internet**

La adolescencia es una etapa crítica de la vida ya que se inician determinados comportamientos. Los cambios físicos y hormonales, junto a las trasformaciones sociales, son factores influyentes en esta etapa de la vida en la que se desarrollan nuevas capacidades mentales que permiten a los adolescentes construir sus propias ideas y adoptar diferentes estilos de vida. Sin embargo la salud mental (de desarrollo, emocional, de conducta, hábitos...) no es reconocible como un problema de salud que requiera de atención médica, sin embargo el adolescente es especialmente sensible a este tipo de problemas (Vázquez, y otros, 2013).

Diversos eventos estresantes de la vida del adolescente se asocian significativamente con el consumo, uso de Internet y estado de ánimo (el entretenimiento y la búsqueda de información) y la compensación social (redes sociales), con alta probabilidad de presentar patrones de comportamiento problemático en el adolescente lo que vuelve eminente esta problemática. Los adolescentes, ahora dan mayor cantidad de tiempo para conectarse, lo cual provoca riesgo para desarrollar adicción a internet. (Aponte & Castillo, 2016).

Se evidencia que los diferentes problemas relacionados a Internet están fuertemente ligados con algunas variables psicológicas como la depresión, ansiedad, aislamiento social y problemas de sueño (Reed, Vile, Osborne, Romano, & Truzoli, 2015).

En España se realizó un estudio, transversal, descriptivo a 2412 estudiantes de entre 13 y 18 años de edad acerca del estado de ánimo el cual fue: estado de ánimo negativo del 14,9%, más alta en el sexo femenino 16,9%. Se ha encontrado asociación de estados mentales negativos con situaciones distintas, tener notas peores que la media, depresión, ansiedad, sentirse maltratado física o psicológicamente y la falta de acceso a internet (Vázquez, y otros, 2013).

En Corea un estudio demostró la asociación entre depresión y adicción a internet, donde, el 1,6% fue diagnosticado como adictos a Internet, mientras que el 38,0% se clasificó como posibles adictos a Internet. Los niveles de depresión e ideación suicida fueron más altos en el grupo de adictos a Internet (Kim, y otros, 2006).

En Estados Unidos en el 2008, se realizó una encuesta, casi todos los encuestados reportaron el uso de Internet para obtener información, entretenimiento, juego, redes sociales y como medio de escape. Aquellos que presentaron niveles altos o medios de uso de internet mostraron mayores puntuaciones para depresión leve, moderada o severa (Boneva, 2008).

En relación a la ansiedad y adicción a internet se presenta conductas que no sólo afectan las relaciones interpersonales sino que, además, perjudican el rendimiento

general del adolescente, con severa dificultad en la concentración en las tareas concretas y reales. Las actividades habituales se ven afectadas o interrumpidas por las alertas mensajes (WhatsApp, Messenger...), mails o avisos de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram...). Hay compulsión por ver los correos y angustia o ansiedad frente a la posibilidad de poder perder un mensaje. Se crea el mal hábito de hacer varias cosas de manera simultánea y disminuye la capacidad de disfrute, productividad, eficiencia y tiempo útil (Ima, 2014).

Un estudio en España en el 2014 exploró la asociación entre adicción a internet y ansiedad. El 3.5% fue diagnosticado con adicción a Internet, mientras que el 19% se clasificó como posibles adictos a Internet. Los niveles de ansiedad fueron más altos en el grupo de adictos a internet alrededor del 25% (Torrente, Piqueras, Orgilés, & Espada, 2014).

#### **4. Condición Socioeconómica relacionada a adicción a Internet**

La condición socioeconómica, se define como una medida de situación social en la que se incluye típicamente ingresos, educación y ocupación, está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva, logros académicos inclusive hasta la salud física y mental (Gottfried, Gottfried, Bathurst, Guerin, & Parramore, 2003). Comprender las vías por las cuales la condición socioeconómica de la infancia y la adolescencia influirán sobre la vida es una cuestión de importancia crítica para la educación y la salud pública, en particular mientras que las tendencias económicas globales relegan más familias a la pobreza (Fritzell & Ritakallio, 2010).

La condición socioeconómica se clasifica por lo general en tres categorías, Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada mediante diferentes encuestas o cuestionarios. Para ubicar a una familia o individuo en una de estas tres categorías una o todas las siguientes tres variables (ingreso, educación, y ocupación) las que pueden ser analizadas de manera fiable. Mientras en Ecuador la escala de estratificación determina 5 niveles en los que la única modificación se hace al nivel medio el cual es dividido en (medio alto, medio típico y medio bajo) (INEC, 2010).

Un estudio en Andalucía – Sevilla – España en el 2012 analizando a 538 adolescentes demostró en adolescentes, que el nivel socioeconómico medio fue del 53.08 %, medio alto 16.52%, alto el 3.91% y bajo el 26.49%, ninguno de ellos presento relación estadísticamente significativa con adicción a internet con una  $p \leq 0.001$  (Sevilla, 2012).

## **CAPITULO III**

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

Dado la libertad de acceso para el uso de internet hay un abuso inminente del mismo sobre todo por parte de los adolescentes, existen trastornos psicológicos comunes entre los usuarios de internet de todo el mundo como es el síndrome de la llamada imaginaria, nomofobia, cibermareo, depresión al Facebook, dependencia al internet, dependencia de videojuegos en línea, cibercondría, efecto google que puede llegar a afectar seriamente la vida privada y social de los adictos a Internet y como consecuencia más importante afectando en la parte académica. Considerando que es una patología y que amerita tratamiento, es necesario conocer del tema para poder crear centros de apoyo y ayuda para aquellos que cursan con este problema que aún no es conocido por algunos padres, maestros, hijos, hermanos.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1 Objetivo general:**

- Determinar la relación entre funcionalidad familiar, estado de ánimo y condición socioeconómica con el grado de adicción al internet en adolescentes de diferentes unidades educativas de la ciudad de Quito en el año 2016.

##### **3.2.2 Objetivos Específicos:**

- Determinar la existencia de alteraciones del estado de ánimo y depresión relacionadas con el uso adictivo de Internet de los adolescentes.
- Analizar la relación entre funcionalidad familiar con el uso adictivo de Internet de los adolescentes
- Demostrar la relación entre condición socioeconómica con uso de internet

### **3.3 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación existente entre funcionalidad familiar, estado de ánimo, condición socioeconómica como variables asociadas con el grado de adicción al internet en adolescentes de diferentes Colegios de la ciudad de Quito en el año 2016?

### **3.4 EXPOSICIÓN DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO**

**3.4.1 Tipo de estudio: Estudio observacional exploratorio, prospectivo, transversal e inferencial.**

**Técnica de investigación:**

Aplicación de test de escala de adicción a internet escala KS (Escala Coreana de Adicción al Internet), escala de Hamilton D (depresión), escala Hamilton A (ansiedad), encuesta de valoración estado socioeconómico del INEC (Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), escala APGAR familiar.

#### **3.4.2 Instrumentos de investigación**

##### **3.4.2.1 Aplicación de test de escala de adicción a internet escala KS:**

Corea del Sur ha considerado la adicción a Internet como un problema social y de salud pública. Inicialmente, el gobierno desarrolló la versión coreana de la escala de medición de la adicción a Internet (KS-escala) y se la introdujo en las escuelas medias y secundarias para el cribado de los usuarios con tendencias adictivas a Internet; el país Coreano define como, "tener problemas en la vida diaria debido a la retirada y la tolerancia en el uso de Internet, independientemente de los dispositivos". Teniendo en cuenta que los usuarios de Internet han aumentado

exponencialmente en todo el mundo, especialmente con la popularidad de los servicios de redes sociales (SNS), este estudio proporcionó información para prevenir e intervenir en la adicción a Internet de los adolescentes de otros países en los que no ha surgido aún el problema como tendencia social y de salud pública (Jongho, Juhwan, Subramanian, Yoon, & Ichiro, 2015).

La escala constaba de 20 preguntas de 6 dominios: la perturbación de las funciones de adaptación, anticipación positiva, abstinencia, la relación interpersonal virtual, conductas desviadas, y la tolerancia a internet. Las respuestas fueron 4 categorías de "nunca" a "siempre sí". En este estudio, tiene puntos de corte de tres categorías (alto riesgo más de 52 puntos, potencial de riesgo más de 48 puntos hasta 52 y sin riesgo menos de 48 puntos), que mide la gravedad de la adicción a Internet con una variable continua mediante la suma de cada respuesta [de 1 (nunca) a 4 (siempre sí)] con un intervalo de 20 a 80. (Jongho, Juhwan, Subramanian, Yoon, & Ichiro, 2015).

#### **3.4.2.2 Escala test de Hamilton D (depresión)**

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión) (HAM - D) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La

validación de la versión castellana de esta escala se realizó por Ramos – Brieve (1986). Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios al igual que en adultos como en jóvenes adolescentes. (Purriños, 2010) En la escala de Hamilton cada pregunta tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (2003), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: no deprimido: 0-7, depresión ligera/menor: 8-13, depresión moderada: 14-18, depresión severa: 19-22, depresión muy severa: >23 (Purriños, 2010).

#### **3.4.2.3 Escala Hamilton A (ansiedad)**

La Escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HAM-A), es un cuestionario psicológico usado por médicos, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. Ansiedad puede referirse a cosas tales como, "un estado mental... una unidad... una respuesta a una situación particular... un rasgo de personalidad... y/o un desorden psiquiátrico." Aunque fuera una de las primeras escalas de calificación de ansiedad en ser publicadas, la HAM-A, permanece ampliamente usada hoy en día. Esta encuesta está compuesta de 8 dominios (ansiedad, tensión, miedo, insomnio, intelectual, humor depresivo, somático – muscular, somático – sensorial), cada una contiene un número de síntomas, y se califica en una escala de cero a cuatro, donde cuatro es lo más severo lo que da la estratificación de la escala: no



ansiedad: 0 – 5, ansiedad leve: 6 – 14, ansiedad moderada/grave: 15 o más puntos. (Koerner, 2010).

Todas estas puntuaciones, son usadas para obtener una puntuación global, que indica la severidad de la ansiedad de la persona. La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, ha sido considerada una escala importante por muchos años, pero la siempre cambiante definición de ansiedad, nuevas tecnologías, y nuevas investigaciones, han tenido un efecto sobre la utilidad percibida de la escala. Como resultado, han habido cambios, y desafíos, a la versión original de la escala en el tiempo (Koerner, 2010).

#### **3.4.2.4 Encuesta valoración estado socioeconómico INEC.**

El nivel socio económico no es una característica física y fácilmente medible sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos. Así lo muestran las muchas conceptualizaciones sobre “niveles socioeconómicos”. Desde hace varios años, diversos estudios han documentado con evidencias, la relación entre el nivel socioeconómico y el estado de la salud, tanto en países y regiones, como en familias y personas. Así por ejemplo, hay evidencias que demuestran que las naciones desarrolladas tienen una esperanza de vida 25 años mayor que las más pobres, o que en América Latina la esperanza de vida al nacer de los países de mayores ingresos supera en diez años a los países de menores ingresos. Y es por eso que se hizo necesario utilizar una escala más adaptada a la realidad del país como es la escala para estadificar nivel socioeconómico del INEC (Instituto

Ecuatoriano de Encuestas y Censos) (2010), dando así un contexto más real al trabajo realizado, donde la escala valora al grupo socio económico de siguiente manera: A (alto) de 845 a 1000 puntos, B (medio alto) de 696.1 a 845 puntos, C+ (medio típico) de 535.1 a 696, C- (medio bajo) de 316.1 a 535 puntos, D (bajo) de 0 a 316 puntos; forma en la se uso esta escala. (INEC, 2010).

#### **3.4.2.5 Escala de APGAR familiar.**

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico, el APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. (Suarez, 2014) Lo que evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad, finalmente la escala APGAR FAMILIAR se interpreta de la siguiente forma: normal de 17 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 16 a 13 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 12 puntos, disfunción familiar severa menor o igual a 9. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario. Razón por la cual este tipo de herramienta fue incluida en nuestro estudio y lo más importante es una herramienta validada para aplicar en niños y adolescentes. (Suarez, 2014)

### **3.4.3 Tamaño Muestra:**

Para fines del estudio se escogió una muestra de adolescentes hombres y mujeres 10 a 19 años de edad que se encontraban estudiando en las diferentes unidades educativas incluidas en el estudio.

El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Este estudio se llevó a cabo en 1189 estudiantes distribuidas de la siguiente manera.

El universo estuvo conformado por el total adolescentes que viven en el Distrito Metropolitano de Quito, y que estaban cursando por 8vo de Básica a 3ro de Bachillerato, en uno de los colegios que previamente fueron elegidos, y que tenían acceso a internet.

El método de muestreo empleado fue aleatorio en relación a la edad y el curso en el que se encontraban. La determinación del tamaño de la muestra, se realizó en base al cálculo para estimar una prevalencia, los criterios fijados son:

- El nivel de confianza: para una seguridad del 95%=1.96
- Precisión: 5%
- Prevalencia: 31.7% de adicción a Internet. (Jongho, Juhwan, Subramanian, Yoon, & Ichiro, 2015).
- Porcentaje de adolescentes que tienen acceso a internet 91.8 % (Garcia, 2014).

$$n = \frac{z^2 p \times q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.3 \times (1-0.3)}{(0.05)^2}$$

$$n = 328$$

La muestra tomada del Colegio Jorge Mantilla cuya población estudiantil que comprende desde 8vo de básica hasta 3ro de bachillerato es de 2000 alumnos entre hombres y mujeres fue de 282 alumnos para el estudio, sin embargo se tomó

599 alumnos que participaron de manera real, debido a la probabilidad de pérdida de encuestas se duplicó la cantidad. (Colegio Fiscal Jorge Mantilla, 2016)

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n' = \frac{328}{1 + \frac{328}{2000}}$$

$$n' = 282$$

En relación al Colegio Nacional Nocturno 6 de Diciembre con una población estudiantil que comprende desde 8vo de básica hasta 3ro de bachillerato en estudio 600 alumnos entre hombres y mujeres fue de 212 alumnos para el estudio, sin embargo se tomó 217 alumnos que participaron de manera real. (Colegio Nacional Nocturno 6 de Diciembre, Base de Datos Colegio, 2016)

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n' = \frac{328}{1 + \frac{328}{600}}$$

$$n' = 212$$

Finalmente del Colegio Particular Nuestra Señora del Cisne con una población estudiantil que comprende desde 8vo de básica hasta 3ro de bachillerato de 1500

alumnos entre hombres y mujeres fue de 273 alumnos para el estudio, sin embargo se tomó 373 alumnos que participaron de manera real por la probabilidad de pérdida. (Colegio Particular Nuestra Señora del Cisne, 2016)

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n' = \frac{328}{1 + \frac{328}{1500}}$$

$$n' = 273$$

La muestra total entre los colegios tanto públicos como particular, fue de 767 casos, sin embargo, se llegó a la suma de 1189 encuestas que corresponden al 35% adicional debido a la probabilidad de no participación o información incompleta.

En base a estos datos se incluyeron en el estudio adolescentes que cursaban entre 8vo y 3ro de Bachillerato y la edad no menor a 10 ni mayor a 19 años, hombres y mujeres estudiantes de las diferentes unidades educativas.

La selección del lugar se basó en su ubicación geográfica y la cantidad de estudiantes. Además, estas unidades educativas fueron accesibles para este tipo de investigación ya que tanto la directiva como los alumnos fueron muy colaboradores.

### 3.4.4 Definición de variables

#### 3.4.4.1 Variable dependiente

- Uso Adictivo Internet

#### 3.4.4.2 Variables Independientes

- Edad
- Sexo
- Funcionalidad familiar
- Nivel Socioeconómico
- Estado de ánimo

#### 3.4.4.3 Variables Confusoras

- Nivel escolar del adolescente.

### 3.4.5 Operacionalización de variables del estudio

**Tabla 1. Operacionalización de variables**

Variables	Definición conceptual	Tipo de variable según su naturaleza	Indicador definición operacional	Escala
Sexo	Condición orgánica, que diferencia masculina o femenina, de los animales y las plantas (Soleto, 2008).	Cualitativa nominal	Porcentaje	1 masculino 2 femenino
Nivel escolar	Nivel de escolaridad en el que se encuentra el adolescente al momento del estudio	Cuantitativa continua	Porcentaje de adolescentes según la edad	1 Octavo de Básica 2 Noveno de Básica 3 Decimo de Básica 4 Primero de Bachillerato 5 Segundo de Bachillerato 6 Tercero de Bachillerato
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	Edad cumplida en años	Numérica

Adicción al Internet	Mediante escala (herramienta simplificada de adicción autoevaluada a Internet de Corea (Jongho, Juhwan, Subramanian, Yoon, & Ichiro, 2015)	Cualitativo	Escala KS de adicción al internet	1 Sin riesgo 2 Riesgo Probable 3 Alto Riesgo
Funcionalidad Familiar	“relación entre los elementos estructurales con algunos componentes más “intangibles” que caracterizan a todos los sistemas... mediatizado por la comunicación” (Siguenza, 2015)	Cualitativa Nominal	APGAR Familiar	1 Normal: 17-20 puntos 2 Disfunción leve: 16-13 puntos. 3 Disfunción moderada: 12-10 puntos 4 Disfunción severa: menor o igual a
Estado de ánimo	Escala para valorar el grado de depresión en pacientes y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales Escala para valorar el grado de ansiedad en pacientes y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales	Cualitativa Nominal	Escala Hamilton D  Escala Hamilton A	1 No deprimido 2 Depresión menor 3 Depresión moderada 4 Depresión severa 5 Depresión muy Severa  1 No ansiedad 2 Ansiedad leve 3 Ansiedad moderada / grave
Estado Socio económico	Factores de riesgo que provienen de la organización social, afectiva negativamente la posición socioeconómica de las personas que integran (INEC, 2010)	Cualitativa nominal	Porcentaje	1 Alto (845.1-1000) 2 Medio alto (696.1-845) 3 Medio típico (535-696) 4 Medio bajo (316-535) 5 Bajo (o-316)

Fuente: Los Autores

#### 1.4.6 Criterios de inclusión

- Adolescentes masculinos y femeninos de las unidades educativas tanto particular como fiscal y nocturna fiscal a seleccionar que cursen entre el 8vo de educación básica y 3ero de Bachillerato de los colegios previamente elegidos.
- Adolescentes que quieran participar en el estudio y firmen el respectivo consentimiento informado.
- Adolescentes que se encuentren entra la edad de 10 a 19 años.
- Adolescentes cuyos padres firmen el consentimiento informado.



#### **1.4.7 Criterios de exclusión**

- Adolescentes que no deseen colaborar o abandonen el proceso de la encuesta, o no firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes que no se encuentren entre el 8vo y 3ero de Bachillerato.
- Estudiantes que por definición no sean adolescentes es decir que no comprenda su edad entre 10 años y 19 años a pesar de estar cursando entre el 8vo y 3ero de Bachillerato.
- Adolescentes que a pesar de estar inscritos y sean estudiantes regulares de la institución, pero el momento de realizar la encuesta no se encuentren.

#### **1.4.8 Procedimiento de recolección de información y análisis de datos**

Se creó la base de datos a partir de una encuesta estructurada, con las variables que se encuentran en la Tabla 1, se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial para establecer el grado de relación o asociación entre variables. Las pruebas estadísticas para las variables descriptivas fueron porcentajes y para las variables de asociación chi- cuadrado y valor de probabilidad ( $p \leq 0,05$ ), se consideró estadísticamente significativo.

#### **1.4.9 Aspectos bioéticos**

Para la aplicación de los test se firmaron previamente los consentimientos informados los estudiantes y padres respectivamente.

##### **1.4.9.1 Propósitos bioéticos**

- El uso adictivo en los adolescentes ha incrementado en los últimos años.
- La accesibilidad a internet y la facilidad del mismo a través del celular permite que este tipo de problema se perpetúe existen ciertos factores que son desencadenantes y protectores como por ejemplo del Estructura familiar, estado de ánimo, condición socioeconómica como variables asociadas al grado de adicción a la internet en adolescentes.

##### **1.4.9.2 Procedimiento**

Se trabajó con la base de datos de las encuestas realizadas a los adolescentes de unidades educativas seleccionadas, se analizó la información y se describió los factores relacionados con el uso adictivo internet.

- **Duración:** La encuesta se realizó en el periodo septiembre - octubre del 2016, con un tiempo de duración de 45 minutos de tiempo aproximadamente por participante.
- **Beneficios de los sujetos involucrados en el estudio:** Los estudiantes que participaron en el estudio se beneficiaron del taller acerca de uso adictivo de internet que se dictó posterior al culminar la encuesta.
- **Riesgo:** ninguno

- **Molestias:** son temas privados y causen incomodidad al contestar algunas personas posiblemente no sean muy sinceras al contestar la encuesta, pese a que se comunicó que esto servirá para comprender los factores sociales, familiares, entorno, etc.; que fallan en el uso adictivo de internet

#### **3.4.9.3 Confidencialidad de la información**

La información obtenida de las encuestas será manejada de forma confidencial, se otorgará códigos a los participantes para salvaguardar su identidad. La información será usada en la disertación del trabajo final de tesis de los investigadores. Si los resultados de este estudio fueran publicados se garantizará la confidencialidad por parte de los autores.

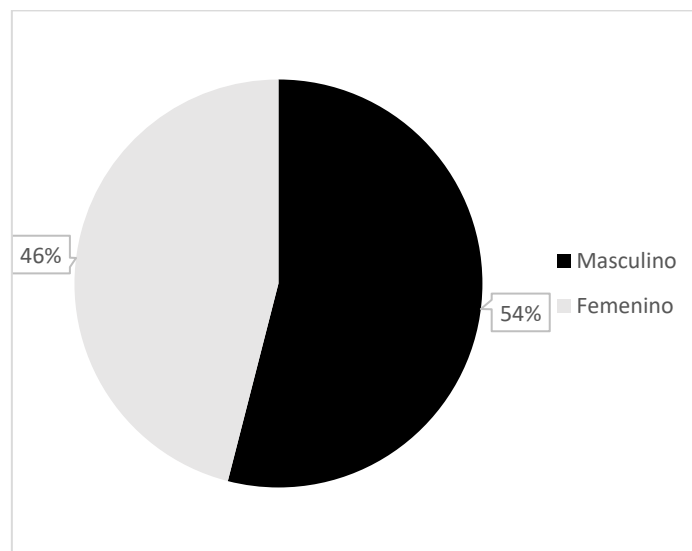
## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 Análisis Descriptivo

##### 4.1.1 Género

Este estudio incluyó 1.189 estudiantes en los diferentes años de secundaria, de los cuales la distribución de casos según el género demostró que el 54% (n=642) con relación al género masculino y el 46% (n=547) con relación al género femenino. (Ver Gráfico 1).

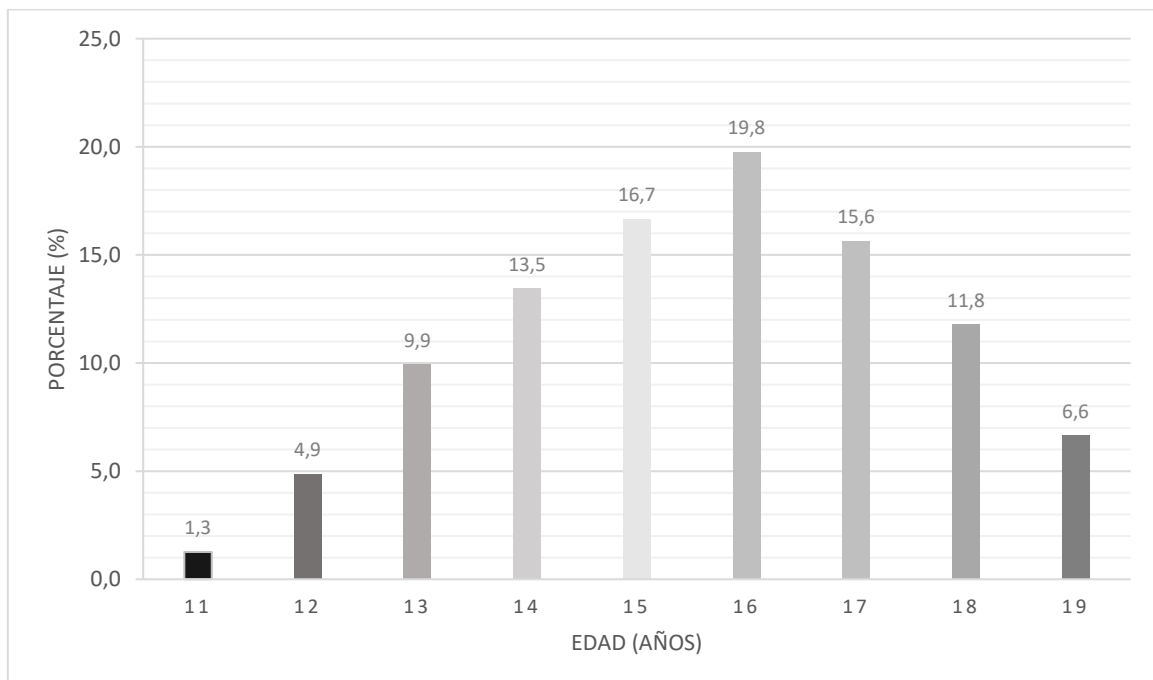


Fuente: Los Autores

**Gráfico 1:** Frecuencia de Género en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.2 Edad del Adolescente

La distribución de casos según edad demostró en orden cronológico que el 1.3% (n=15) con relación a 11 años de edad, el 4.9% (n=58) con relación a 12 años de edad, el 9.9% (n=118) con relación a 13 años de edad, el 13.5% (n=160) con relación a 14 años de edad, el 16.7% (n=198) con relación a 15 años de edad, el 19.8% (n=235) con relación a 16 años de edad, el 15.6% (n=186) con relación a 17 años de edad, el 11.8% (n=140) con relación a 18 años de edad, y el 6.6% (n=79) con relación a 19 años de edad. El estudio evidencio que la mayor cantidad de estudiantes evaluados corresponde a 16 años de edad siendo la quinta parte del total de adolescentes evaluados. (Ver Gráfico 2).

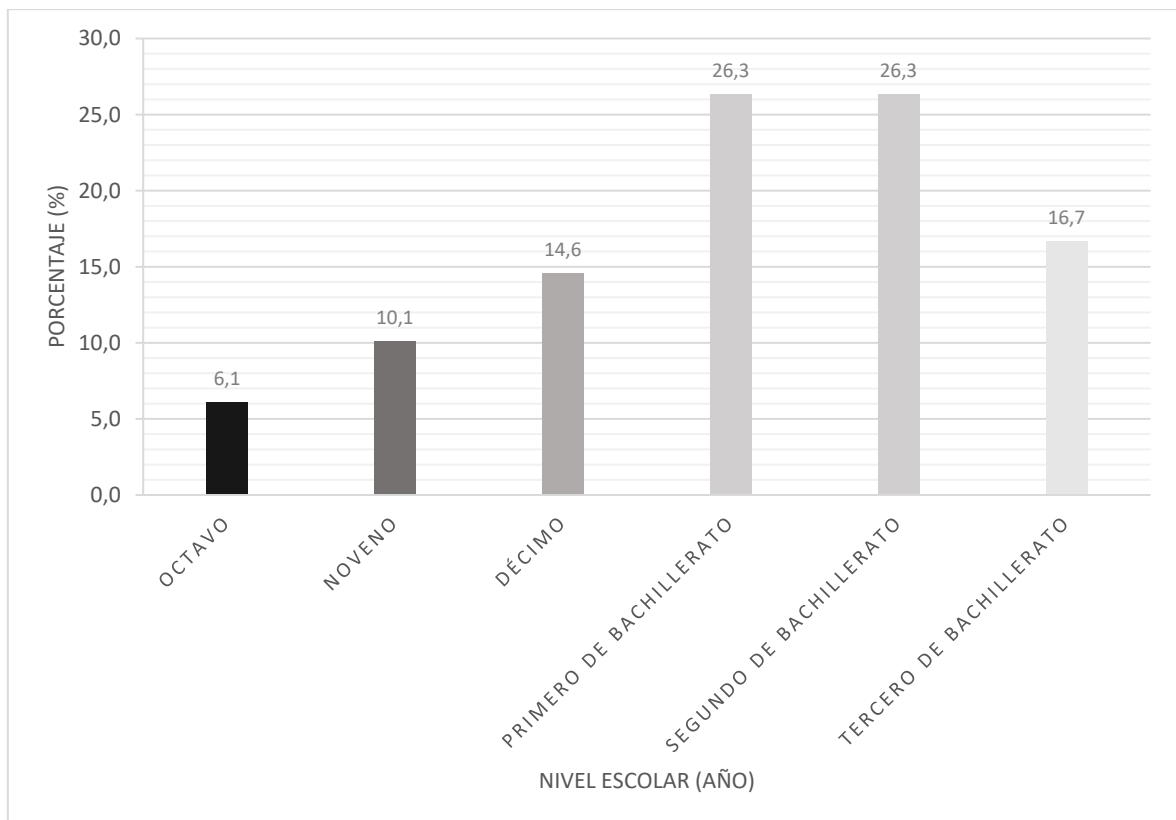


Fuente: Los Autores

**Gráfico 2:** Frecuencia de Edad adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.3 Nivel Escolar

Se Demostró que la distribución de casos por nivel escolar fue: el 26.3% (n=313) con relación al primero de bachillerato, el 26.3% (n=313) con relación al segundo de bachillerato, el 16.7% (n=198) con relación al tercero de bachillerato, el 14.6% (n=173) con relación al décimo nivel escolar, el 10.1% (n=120) con relación al noveno nivel escolar, el 6.1% (n=72) con relación al 8vo nivel. Siendo el bachillerato las dos terceras partes del total de analizados. (Ver gráfico 3).

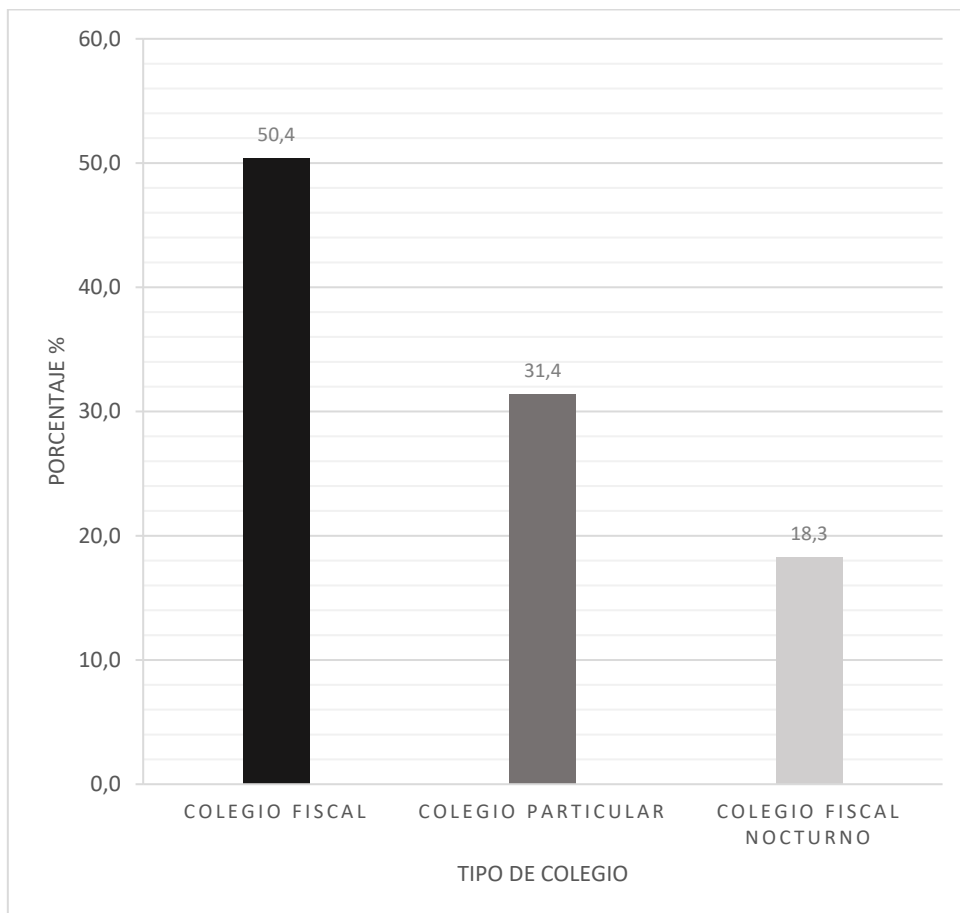


Fuente: Los Autores

**Gráfico 3:** Frecuencia de Nivel Escolar en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.4 Tipo de colegio

El estudio evidencio que la distribución de casos según el tipo de colegio fue: el 50.4% (n=599) con relación al colegio fiscal, el 31.4 % (n=373) con relación al colegio particular y el 18.3% (n=217) con relación al colegio nocturno. Demostrando que la mitad de evaluados fueron correspondientes a la parte fiscal. (Ver Gráfico 4).

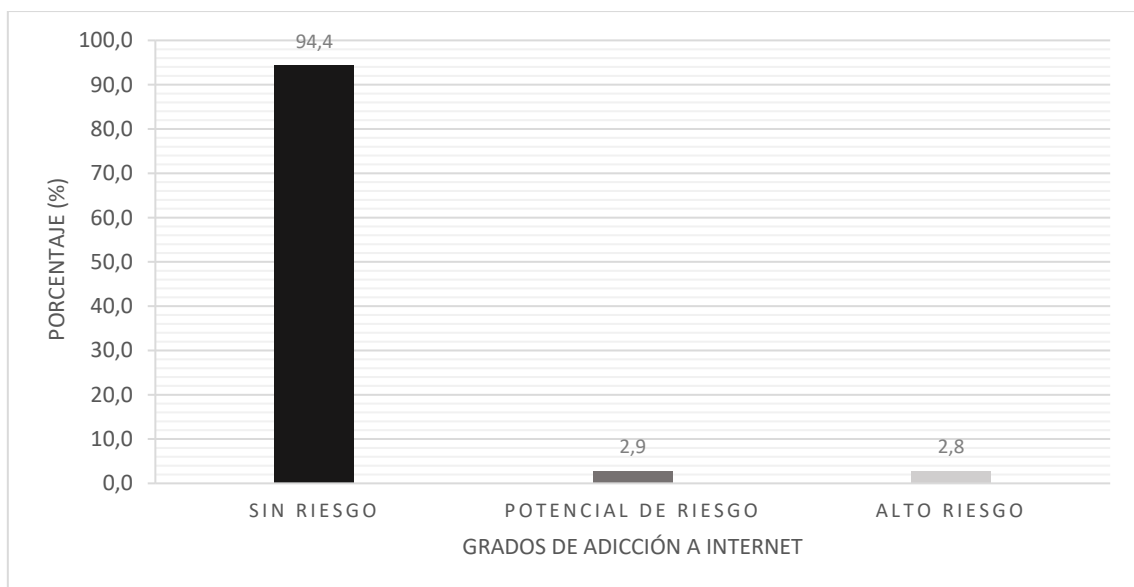


Fuente: Los Autores

**Grafico 4:** Frecuencia del Tipo de Colegio en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.5 Adicción al Internet según escala KS.

Se encontró que la adicción a internet en adolescentes de los distintos colegios de la ciudad de Quito fue: alto riesgo de adicción a Internet 2.8% (n=33) , en relación con el Potencial de riesgo de adicción 2.9% (n= 34), sin embargo el estudio que sin riesgo a adicción a internet el 94.4 % (n=1122), lo que concluye que en su mayoría no se detectó riesgo de adicción. (Ver gráfico 5).



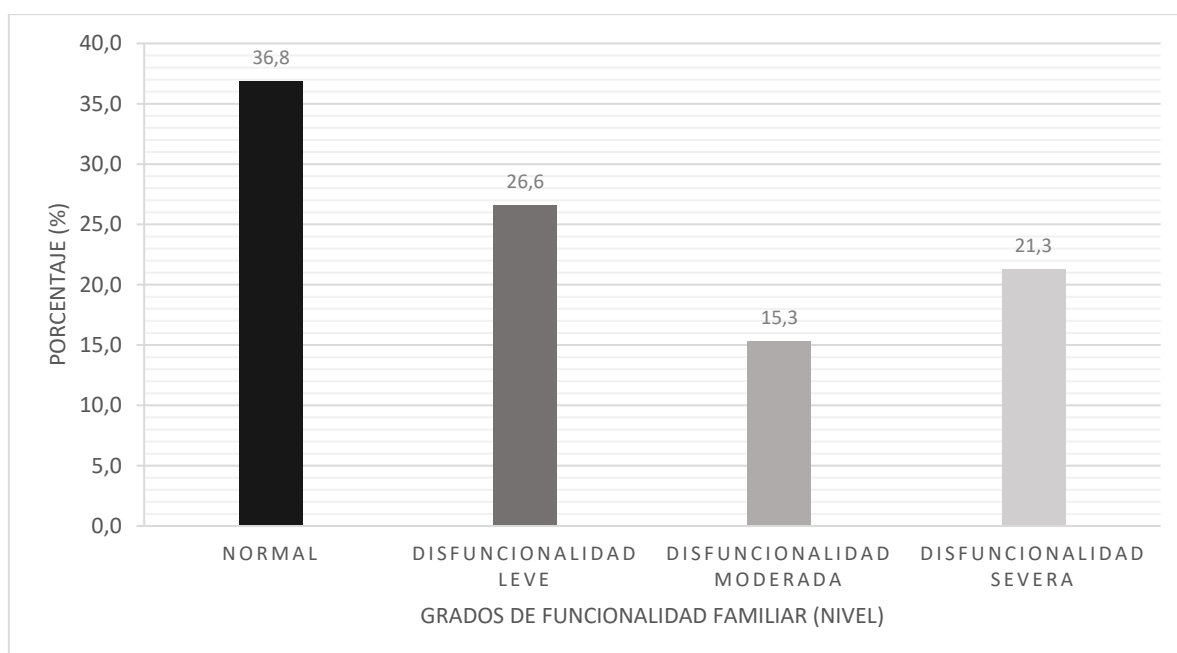
Fuente: Los Autores

**Grafico 5:** Frecuencia de adicción al Internet según escala KS en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.



#### 4.1.6 Funcionalidad familiar

Al evaluar funcionalidad familiar, la distribución de casos según su grado de funcionalidad familiar demostró en orden de descendiente que el 36.8% (n=438) con relación a normalidad, el 26.6% (n=316) con relación a disfuncionalidad leve, el 21.3% (n=253) con relación a disfuncionalidad severa y el 15.3 % (n=182) con relación a disfuncionalidad moderada. El estudio encontró que la mayor parte de evaluados corresponde a normalidad siendo la tercera parte del total de adolescentes evaluados. (Ver gráfico 6).

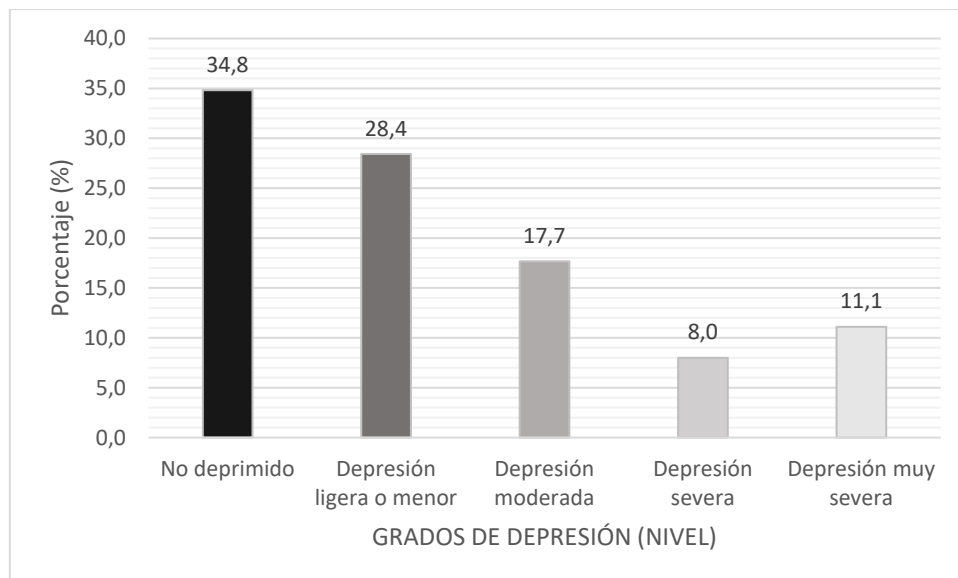


Fuente Los Autores

**Grafico 6:** Frecuencia de grados de funcionalidad familiar en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.7 Depresión

El estudio evidencio que en 1189 estudiantes que cursaban los años de secundaria de los cuales, la distribución de casos según el grado de depresión demostró que el 34.8% (n=414) con relación al no deprimido, el 28.4% (n=338) con relación a la depresión ligera o menor, el 17.7% (n=210) con relación a la depresión moderada, el 11.1% (n=132) con relación a la depresión muy severa, el 8 % (n=95) con relaciona la depresión severa. (Ver gráfico 7).

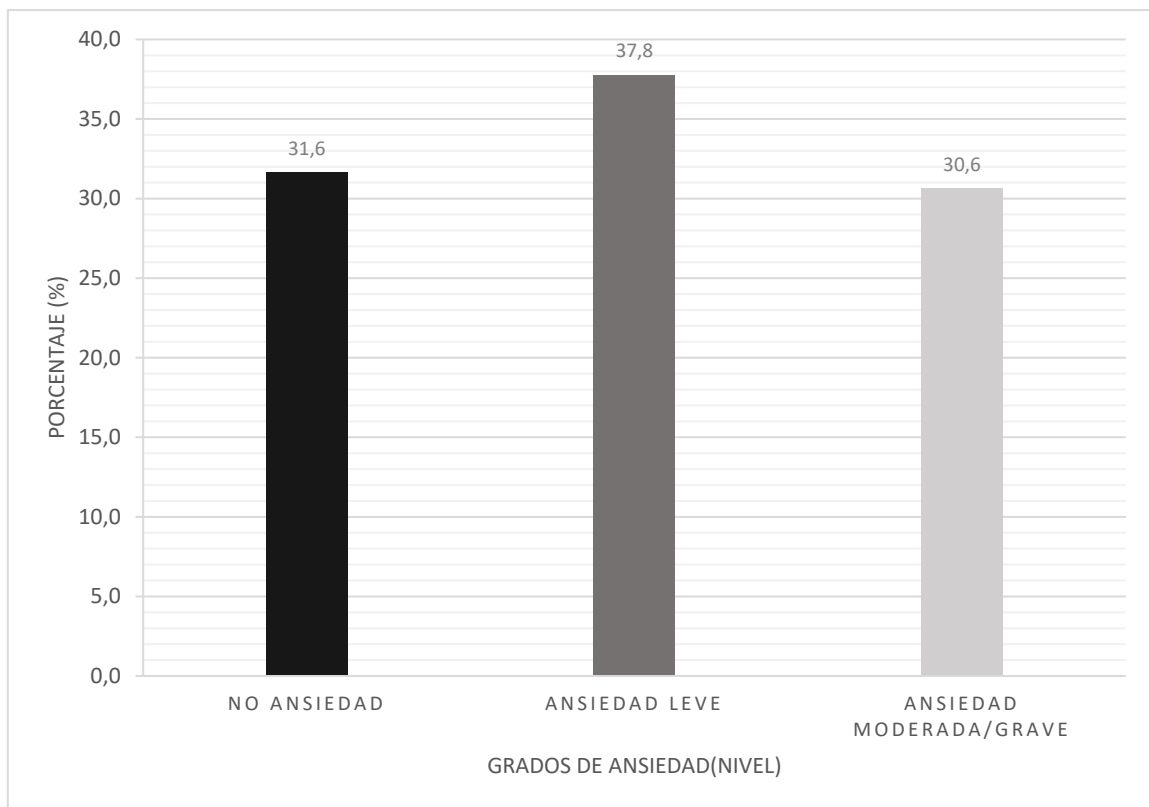


Fuente Los Autores

**Grafico 7:** Frecuencia de Grados de depresión en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.8 Ansiedad

El test de Hamilton A reportó que el 37.8% (n=449) con relación a la ansiedad leve, el 31.6% (n=376) con relación a la no ansiedad, y el 30.6% (n=364) con relación a la ansiedad moderada / grave. Siendo más prevalente el estado de ansiedad leve siendo la tercera parte de lo analizado. (Ver gráfico 8).

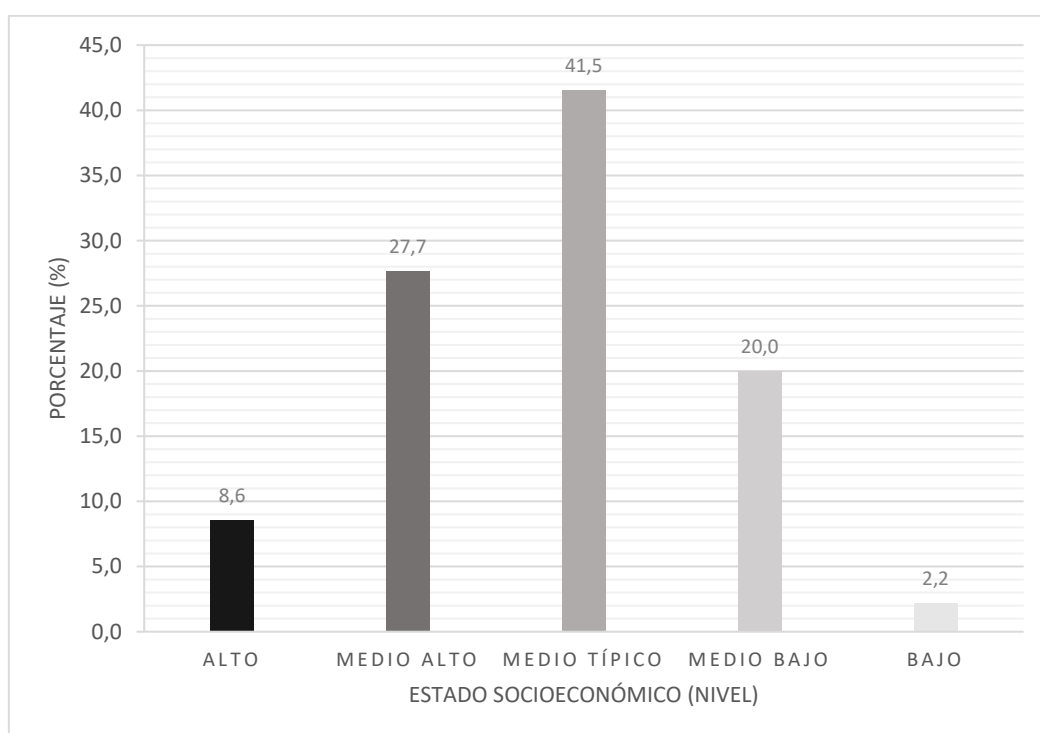


Fuente: Los Autores

**Grafico 8:** Frecuencia de Grados de Ansiedad en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.1.9 Estado Socioeconómico

El estudio demostró con la encuesta del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), que el 415 % (n=494) con relación al estado socioeconómico medio típico, el 27.7% (n=329) con relación al estado socioeconómico medio alto, el 20% (n=238) con relación al estado socioeconómico medio bajo, el 8.6% (n=102) al estado socioeconómico alto, y el 2.2% (n=26) al estado socioeconómico bajo. El nivel socioeconómico medio incluye el 89.2% del total analizado. (Ver Gráfico 9).



Fuente: Los Autores

**Gráfico 9:** Frecuencia de Estado Socioeconómico en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

## 4.2 ANALISIS INFERENCIAL

### 4.2.1 Relación funcionalidad familiar y Adicción al Internet

Al relacionar los niveles de funcionalidad familiar con el grado de adicción al Internet no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. ( $p = 0.39$ ). Tabla 2.

Adicción a Internet	Normal	Disfuncionalidad Leve	Disfuncionalidad Moderada	Disfuncionalidad Severa	Total
Sin riesgo	419	292	175	236	1122
Potencial de riesgo	9	14	3	8	34
Alto Riesgo	10	10	4	9	33
Total	438	316	182	253	1189

Fuente: Los Autores

Tabla 2: Relación Funcionalidad Familiar y Adicción a Internet en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

### 4.2.2 Relación Estado Socio Económico y Adicción al Internet

Al relacionar el Estado Socio Económico, al grado de Adicción a Internet no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de comparación. ( $p = 0.47$ ).

Adicción a Internet	Alto	Medio Alto	Medio típico	Medio bajo	Bajo	Total
Sin riesgo	93	313	462	228	26	1122
Potencial de riesgo	3	8	18	5	0	34
Alto Riesgo	6	8	14	5	0	33
Total	102	329	494	238	26	1189

Fuente: Los Autores

Tabla 3: Relación Estado Socio Económico y Adicción a Internet en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.3.3 Relación Ansiedad y Adicción al Internet

Con relación al estado de ansiedad y el grado de adicción a Internet se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos encontrándose mayor potencial de riesgo y alto riesgo en los casos que presentaron ansiedad leve y ansiedad moderada – grave. ( $\chi^2 = 45.02$ ;  $p = 0.000$ ).

<b>Adicción a Internet</b>	<b>No ansiedad</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad moderada/grave</b>	<b>Total</b>
<b>Sin riesgo</b>	371	430	321	<b>1122</b>
<b>Potencial de riesgo</b>	4	12	18	<b>34</b>
<b>Alto Riesgo</b>	1	7	25	<b>33</b>
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>449</b>	<b>364</b>	<b>1189</b>

$\chi^2 = 45.02$ ;  $p = 0.000$

Fuente: Los Autores

Tabla 4: Relación Ansiedad y Adicción a Internet en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.4.4 Relación Depresión y Adicción al Internet

En relación a la presencia de depresión y adicción al Internet se encontraron diferencias significativas. Existe un mayor número de casos con cualquier grado de depresión con potencial de riesgo y riesgo de adicción a Internet ( $\chi^2 = 36.62$ ;  $p = 0.000$ ).

<b>Adicción a Internet</b>	<b>No deprimido</b>	<b>Depresión ligera o menor</b>	<b>Depresión moderada</b>	<b>Depresión severa</b>	<b>Depresión muy severa</b>	<b>Total</b>
<b>Sin riesgo</b>	407	322	190	89	114	<b>1122</b>
<b>Potencial de riesgo</b>	4	10	9	2	9	<b>34</b>
<b>Alto Riesgo</b>	3	6	11	4	9	<b>33</b>
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>338</b>	<b>210</b>	<b>95</b>	<b>132</b>	<b>1189</b>

Chi<sup>2</sup> = 36.62; p = 0.000

Fuentes: Los Autores

Tabla 5: Relación Depresión y Adicción a Internet en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.5.5 Relación Ansiedad y Funcionalidad Familiar

Considerando la importancia que tiene la influencia del estado de ánimo en este y la relación con el grado de funcionalidad familiar, con la presencia de ansiedad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, observándose que los casos de disfuncionalidad leve, moderada o severa estuvieron asociados al número de casos de ansiedad leve moderada y grave. (Chi<sup>2</sup> = 63.5; p = 0.000).

<b>Funcionalidad Familiar</b>	<b>No ansiedad</b>	<b>Ansiedad leve</b>	<b>Ansiedad moderada/grave</b>	<b>Total</b>
<b>Normal</b>	182	170	86	<b>438</b>
<b>Disfuncionalidad Leve</b>	95	119	102	<b>316</b>
<b>Disfuncionalidad Moderada</b>	42	78	62	<b>182</b>
<b>Disfuncionalidad Severa</b>	57	82	114	<b>253</b>
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>449</b>	<b>364</b>	<b>1189</b>

Chi<sup>2</sup> = 63.5; p = 0.000

Fuentes: Los Autores

Tabla 6: Relación Ansiedad y Funcionalidad Familiar en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.

#### 4.6.6 Relación Depresión y Funcionalidad Familiar

Otra variable importante asociada al grado de funcionalidad y disfuncionalidad familiar fue la depresión. Se encontró diferencias estadísticamente significativas al grado de funcionalidad familiar con depresión. ( $\chi^2 = 104.2$ ;  $p = 0.000$ ). Tabla 7.

Funcionalidad Familiar	No deprimido	Depresión ligera o menor	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa	Total
Normal	207	133	58	18	22	<b>438</b>
Disfuncionalidad Leve	101	89	68	28	30	<b>316</b>
Disfuncionalidad Moderada	47	59	29	21	26	<b>182</b>
Disfuncionalidad Severa	59	57	55	28	54	<b>253</b>
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>338</b>	<b>210</b>	<b>95</b>	<b>132</b>	<b>1189</b>

$\chi^2 = 104.2$ ;  $P = 0.000$

Fuentes: Los Autores

Tabla 7: Relación Depresión y Funcionalidad Familiar en adolescentes de diferentes colegios de la ciudad de Quito 2016.



## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

La Dra. Tipantuña Karina (2013) en su trabajo de Adicción al internet y sus consecuencias en adolescentes en el 2013 recomienda utilizar otra escala de evaluación diferente a la Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL), ya que no presenta punto de corte para determinar la adicción. Mientras que en el Presente estudio se utilizó la escala “Korean Scale” (K-Scale) la que define al potencial de riesgo y alto riesgo de adicción a Internet la misma que presenta una fiabilidad según el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.91 en el 2013.

El estudio de la Dra. Tipantuña en la ciudad de Quito, 2013 con la escala de Adicción al Internet de Lima (EAIL), presentó un porcentaje de adicción de 61.59% considerando el nivel más alto a nivel de Latinoamérica según sus resultados. Utilizado la Escala KS, se encontró que la adicción a internet en adolescentes de los distintos colegios de la ciudad de Quito fue 2.8% con alto riesgo de Adicción, y el 2.9% con Potencial de riesgo de adicción, con un 94.4% sin riesgo de adicción a internet, con lo que se evidencia que en nuestro país, su prevalencia es muy inferior en comparación con el estudio de Corea donde reportan el 31.7% de adicción y a estudios ecuatorianos previos (Jongho, Juhwan, Subramanian, Yoon, & Ichiro, 2015).

El estudio de Catriona Morrison (2010), en adolescentes de Britania, el 1.2% de los adolescentes fue adicto al internet, dato que se encontraría más cerca a los resultados en nuestra investigación.

Estudio JOITIC (2013) demuestra que los menores de 10 a 15 años en relación al uso de ordenadores o computadoras es universal correspondiendo al 95, 6% y el uso de internet corresponden al 87,1%. (Muñoz, 2013). En relación al estudio realizado el uso de internet en adolescentes fue del 94.4% por lo que los resultados son muy similares.

El estudio JOITIC (2013) refiere que el 88,9% de los estudiantes de secundaria tienen buena relación familiar en comparación al estudio realizado la relación familiar normal es del 36,8% mientras que los estados de disfuncionalidad leve 26,6% , disfuncionalidad moderada 15,3% y disfuncionalidad severa 21,3%; de lo cual los estados de disfuncionalidad familiar en sumatoria son del 63,2% que es un dato que en el estudio considera importante, sin relacionarse con adicción al internet (Muñoz, 2013).

Facer, Sutherland, Furtons (2001), Tsai & Lin (2003), y Wong (2001), demuestran que el uso muy alto de internet y la relación con depresión predispongan a la adicción y la adicción a la depresión en agravando la situación clínica del paciente si esta es preexistente, con relación al estudio realizado demostró que un mayor número de casos con cualquier grado de depresión con potencial de riesgo y riesgo de adicción a Internet (Ozgul, 2013).

Torrente, Piqueras, Orgilés & Espada en el 2014 exploró la asociación entre adicción a internet y ansiedad. El 3.5% fue diagnosticado con adicción a Internet, mientras que el 19% se clasificó como posibles adictos a Internet. Los niveles de ansiedad fueron más altos en el grupo de adictos a internet alrededor del 25%,

Mientras que en el presente estudio la relación entre ansiedad y adicción al internet es estadísticamente significativa con una  $p=0.000$  llamando la atención la ansiedad moderada y grave con 43 casos relacionados con adicción al internet equivalente al 11.8 % (Torrente, Piqueras, Orgilés, & Espada, 2014).

## **CONCLUSIONES:**

- 1 En el presente estudio se encontró que no existe relación directa entre algún grado de disfuncionalidad familiar, estado socio económico y el alto riesgo de adicción a Internet.
- 2 Se encontró que el potencial riesgo y el alto riesgo de adicción al Internet, guarda relación causal con el estado de ánimo en los que se incluye ansiedad en cualquier grado, en especial la ansiedad moderada/grave al igual que depresión en su forma moderada y muy severa especialmente.
- 3 No se encontró la relación directa entre los grados de disfunción familiar, y adicción al Internet, se pudo corroborar con datos estadísticamente significativos la relación existente entre grados de disfuncionalidad familiar y estados de ánimo como depresión y ansiedad en sus diversos niveles. Los mismos que se hallan en relación directa con potencial de riesgo y alto riesgo de adicción al Internet.
- 4 No se encontró la relación estadísticamente significativa entre los diferentes estados socioeconómicos, y adicción al Internet en la población analizada.

## **RECOMENDACIONES:**

- 1 Los diferentes postgrados de Pediatría de otras universidades y otras especialidades debería incluir en su enseñanza académica la catedra de paidopsiquiatría la forma de diagnosticar de manera precoz la Adicción a Internet y a la luz de los resultados de este estudio, la evidente relación existente entre este problema emergente de salud que hoy en día viven nuestros adolescentes los mismo que conforman un grupo de alto riesgo, según la evolución del ser humano.
- 2 Se debería implementar mayor cantidad de estudios donde se relaciona los resultados no esperados en el presente estudio como son la relación entre la disfuncionalidad familiar y estados de ánimo al igual que sus agravantes.
- 3 Todo estudiante de pediatría debe capacitarse de manera óptima y efectiva en relación a los diagnósticos de estado de ánimo como son ansiedad y depresión y sus agravantes.
- 4 Recomendamos al instituto de educación dar charlas acerca del uso adecuado al internet, sin que este cree algún tipo de adicción o dependencia en la comunidad escolar, e incentivar la comunicación verbal en caso de que se presente algún problema relacionado con la adicción a internet.
- 5 A la familia Ecuatoriana que a pesar de haber encontrado un alto índice de disfuncionalidad que supera el 60% en el análisis realizado, aún estamos a tiempo para poder dar solución óptima, en relación a este problema emergente, dando pautas específicas y tiempo adecuado para compartir en

familia, ya que la comunicación está guiada por los sentimientos e información que transmitimos para vincularnos a través del afecto y la empatía.

- 6 El apoyo de la sociedad, debe ser incondicional para grupos de alto riesgo y potencial riesgo de adicción a Internet, brindando nuevas técnicas y criterios de búsqueda para seleccionar la información adecuada para los adolescentes, y así los adolescentes puedan adaptarse a un entorno de continuo cambio sin perder su identidad.

## CAPITULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

- Aponte, D., & Castillo, P. (2016). Adicción a internet y su relación con factores familiares en adolescentes. *Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com*, 1-4.
- Asociación Medica Mundial. (2015). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Asociación médica mundial*, 1-12.
- Aysegul, T. G. (2008). Internet Use Among Turkish Adolescents. . *CyberPsychology & Behavior*, (5), 537-543. doi:doi:10.1089/cpb.2007.0165.
- Błachnio, A. (2016). Personality and positive orientation in Internet and Facebook addiction. An empirical report from Poland. *Comput Hum Behav.*, 230-236.
- Boneva, B. S. (2008). EFFECTS OF INTERNET USE AND SOCIAL RESOURCES ON CHANGES IN DEPRESSION. *Information, Communication & Society*, 47-70.
- Casas, J. R.-O.-R. (2013). Validation of the Internet and Social Networking Experiences Questionnaire in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology.*, 40-48.
- Colegio Fiscal Jorge Mantilla, Q. E. (02 de 10 de 2016). Base de Datos del Colegio. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Colegio Nacional Nocturno 6 de Diciembre, Q. E. (21 de 08 de 2016). Base de Datos Colegio. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Colegio Nacional Nocturno 6 de Diciembre, Q. E. (21 de 08 de 2016). Base de Datos Colegio. Quito, Pichincha, Ecuador.

- Colegio Particular Nuestra Señora del Cisne, Q. E. (26 de 07 de 2016). Base de Datos del Rectorado. Quito, Pichincha , Ecuador.
- Dominguez, J. C. (02 de abril de 2014). *SURA Blog*. Obtenido de <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/redes-sociales-estudio.aspx>
- Echeburrua. (2012). Atrapados en las redes sociales. *Revista Critica*, 120-124.
- ECUADOR, C. D. (21 de 12 de 2015). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Fernández, N. (2013). Trastornos de conducta y redes sociales en Internet. *Salud mental*, 521-527.
- Fritzell, J., & Ritakallio, V. (2010). Societal shifts and changed patterns of poverty. *International Journal of Social Welfare*, s25-s41.
- Garcia. (17 de 05 de 2012). <http://tema2cmc.blogspot.com/>. Obtenido de Internet (tema 8): <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://tema2cmc.blogspot.com/>
- Garcia. (2014). Los adolescentes: uso y abuso de las nuevas tecnologías y redes sociales. *Avanza Psicología*, 1-3.
- González, I. A. (2013). Use and abuse of the new technologies. *tencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*, 477-8.
- Gottfried, A., Gottfried, A., Bathurst, K., Guerin, D., & Parramore, M. (2003). Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development. Monographs in Parenting Series. Mahwah. *US: Lawrence Erlbaum Associates*, 189-207.
- Grimaldo, C. (29 de 11 de 2013). <http://pimedadictosalaweb1101info.blogspot.com/>. Obtenido de Los adictos



a la web : [http://pimedadictosalaweb1101info.blogspot.com/2013/11/blog-post\\_11.html](http://pimedadictosalaweb1101info.blogspot.com/2013/11/blog-post_11.html)

Hashemian, A., Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A., & Direkvand-Moghadam, A. (2014). Prevalence of internet addiction among university students in Ilam: a cross-sectional study. *International Journal of Epidemiologic Research*, 9-15.

Hernández, L., Cargill, N., & Gutiérrez, G. (2011). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. *SALUD EN TABASCO*, 14-24.

Hernández, M., & Guerrero, C. (2015). LAS TIC Y SU IMPACTO EN EL DESEMPEÑO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Inceptum*, 319-345.

Ima, C. (15 de 12 de 2014). *Centro de Investigaciones Medicas en Ansiedad*.  
Obtenido de  
[http://www.centroima.com.ar/trastornos\\_de\\_ansiedad\\_adicciones\\_comportamentales\\_adiccion\\_al\\_uso\\_de\\_internet.php](http://www.centroima.com.ar/trastornos_de_ansiedad_adicciones_comportamentales_adiccion_al_uso_de_internet.php)

INEC. (2010). Escala de estratificación. *Instituto Nacional de Censos y Estadística de Ecuador*, 1-5.

Jene, P. (25 de 04 de 2013). <http://www.geonickblog.com/>. Obtenido de  
<http://www.geonickblog.com/los-10-efectos-secundarios-de-internet/>

Johnson, B. (2015). Tres puntos de vista sobre la adicción. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 1-6.

Jongho, H., Juhwan, O., Subramanian, S. V., Yoon, K., & Ichiro, K. (2015). Addictive Internet Use Among Korean Adolescents: National Survey. *Journal Plos One*, 1-8.

- Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S., Seo, J. S., & Nam, B. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 185-192.
- Koerner, N. (2010). Limitations of the Hamilton Anxiety Rating Scale as a primary outcome measure in randomized, controlled trials of treatments for generalized anxiety disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 103 - 104.
- Lago, S. (2015). *De tecnologías digitales, educación formal y políticas públicas: Aportes al debate*. Buenos Aires - Argentina: Teseo.
- Land, H. (29 de 12 de 2008). *Medicina Familiar Mazatlan*. Obtenido de Medicina Familiar / Funcionalidad Familiar:  
<http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
- Li, W., Garland, E. L., & Howard, M. O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 393-411.
- López, A. (2004). Adicción a Internet: Conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo - Conductual*, 22 - 51.
- Morrison, C. (2010). The Relationship between Excessive Internet Use and Depression: A Questionnaire- Base Study of 1.319 Young People and Adults. *Psycopathology*, 121-126.

- Muñoz. (2013). Access and use of new information and telecommunication technologies among teenagers at high school, health implications. JOITIC Study. *Atención Primaria*, 77-88.
- Muñoz, R. E., & Ortega, J. A. (2015). ¿TIENEN LA BANDA ANCHA Y LAS TIC UN IMPACTO POSITIVO SOBRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR?: Evidencia para Chile\*. *ProQuest*, 53-87.
- Nieto, A. (17 de 11 de 2016). *Webempresa20.com*. Obtenido de <http://www.webempresa20.com/blog/las-30-redes-sociales-mas-utilizadas.html>
- Odriozola. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones Rev Socidrogalcohol*, 91-96.
- Odriozola. (2012). Actores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Rev Esp Drogodepend.*, 435-448.
- Ozgul, O. (2013). Evaluation of Internet Addiction and Depression Among. *World Conference on Psychology and Sociology 2012*, 445 - 454.
- Piedra, M. (01 de 02 de 2016). *Multiaplica Marketing Online, Noticias, Medios Sociales*. Obtenido de Redes Sociales más usadas en 2016: <http://www.multiplicalia.com/redes-sociales-mas-usadas-en-2016/>
- Purriños, M. (05 de 08 de 2010). <http://www.meiga.info>. Obtenido de <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
- Radwanick, S. (21 de 12 de 2011). *Comscore*. Obtenido de <http://www.comscore.com/Insights/Press-Releases/2011/12/Social-Networking-Leads-as-Top-Online-Activity-Globally>

- Reascos, D. V. (2014). *Correlación entre la adicción a facebook, la morbilidad psicopatológica y los resultados académicos en los estudiantes de primero a octavo nivel de la facultad de medicina de la pontificia universidad católica del ecuador en el periodo de enero a mayo*. Quito: Tesis PUCE.
- Reed, P., Vile, R., Osborne, L. A., Romano, M., & Truzoli, R. (2015). Problematic Internet Usage and Immune Function. *Plos One*, 1-16.
- Sánchez, M. (2009). Usos de internet y factores asociados en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 80 - 85.
- Sanchez, N. (2013). Trastornos de conducta y redes sociales en Internet. *Salud Mental*, 91-95.
- Secades, R. (2012). *Psicología de las Adicciones*. Oviedo - España: Facultad de Psicología- Universidad de Oviedo.
- Sevilla, U. d. (2012). *Uso de Nuevas Tecnologías y riesgo de adicciones entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Sevilla - España: Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Siguenza, W. (2015). Funcionamiento Familiar según el modelo circumplejo de Olson. Cuenca : Universidad de Cuenca.
- Soleto, M. (21 de Enero de 2008). *El sexo de la RAE*. Obtenido de [www.fundaciónmujeres.es/blogs/marisoletto/?p=101](http://www.fundaciónmujeres.es/blogs/marisoletto/?p=101)
- Suarez, M. A. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*, 53-57.
- Tipantuña, K. (2013). *Adicción a internet y sus consecuencias en adolescentes de la ciudad de Quito 2013*. Quito: Tesis PUCE.

- Torrente, E., Piqueras, J. A., Orgilés, M., & Espada, J. P. (2014). Association of Internet addiction with social anxiety and lack of social skills in spanish adolescents. *Terapia Psicológica*, 175-183.
- Vázquez, F. M., Muñoz, M. M., Fierro, U. A., Alfaro, G. M., Rodríguez, M. L., & Bustamante, M. P. (2013). Mood of adolescents and its relation to risk behaviors and other variables. *Pediatría Atención Primaria*, E75-E84.
- Yen, C.-F., Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chang, Y.-P., & Cheng, C.-P. (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 357-364.
- Young, K. (2014). Internet Addiction: Diagnosis and Treatment Considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 241-246.

# CAPITULO VII

# ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
ENCUESTA:

N° DE

--	--	--	--

MARQUE CON UNA X

1.- ¿Qué edad tienes?

\_\_\_\_\_

2.- ¿Qué género o sexo perteneces?

M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

3.- ¿En qué año escolar estas?

- 1 Octavo de Básica \_\_\_\_\_
- 2 Noveno de Básica \_\_\_\_\_
- 3 Decimo de Básica \_\_\_\_\_
- 4 Primero de Bachillerato \_\_\_\_\_
- 5 Segundo de Bachillerato \_\_\_\_\_
- 6 Tercero de Bachillerato \_\_\_\_\_

4.- ¿Escoja su Jornada de estudio?

- 1. Matutino \_\_\_\_\_
- 2. Vespertino \_\_\_\_\_
- 3. Nocturno \_\_\_\_\_

7.1 ESCALA KS.

Responda: Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes experiencias?

		Nunca	A veces Si	Frecuentemente Si	Siempre Si
Perturbación de las funciones adaptativas	1. Tu salud empeora a causa del uso de Internet				
	2. Presenta dolor de cabeza debido al uso excesivo de Internet				
	3. No haces lo que habías planificado , por estar en Internet				
	4. Presenta sueño en clases por estar cansado debido al uso de Internet				
	5. Disminuye su visión a causa de la utilización de Internet				
	6. No es capaz de resistir el uso de Internet, incluso si usted tiene muchas cosas que hacer				
Anticipación Positiva	7. Tiene más confianza en ti mismo cuando utilizas Internet				

Retirada	8. Esta aburrido y sin ánimo si no puedes utilizar internet				
	9. Está ansioso o nervioso si no puede utilizar internet				
	10. Usa contenido de Internet incluso cuando no está conectado a Internet				
	11. Estar enojado con alguien que bloquea el uso de internet				
relaciones virtuales interpersonales	12. Las personas que se reúnen en el ciberespacio me tratan mejor que los que he conocido en la vida real				
	13. Me conocen más personas en el ciberespacio que las de la vida real				
	14. Comprendo que la gente del ciberespacio es más importante que los de la vida real				
Conductas desviadas	15. No es tiempo desperdiciado mientras uso Internet				
	16. Gasto más dinero por usar Internet				
Tolerancia	17. Presentas ansiedad si dejas de usar Internet				
	18. No puedes disminuir el tiempo de uso de Internet				
	19. No dejas de pensar que debes disminuir el uso de internet				
	20. Otras personas te han dicho que usas demasiado Internet				

“Herramienta de autoevaluación de Adicción a Internet de Corea simplificada (escala KS)” Escala Modificada al español por los Autores.

## 7.2. ESCALA APGAR FAMILIAR

FAVOR COLOCAR UNA X EN EL CASILLERO QUE MEJOR IDENTIFIQUE COMO RESPUESTA (SOLO COLOCAR UNA X POR PREGUNTA)

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender					



nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia, el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero					

### 7.3 TEST DE HAMILTON D.

1 Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	- Ausente	
	- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	
	- Estas sensaciones las relata espontáneamente	
	- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	
	- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	
2 Sentimientos de culpa	- Ausente	
	- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	
	- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	
	- Siente que la enfermedad actual es un castigo	
	- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
3 Suicidio	- Ausente	
	- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	
	- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	
	- Ideas de suicidio o amenazas	
	- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
4 Insomnio precoz	- No tiene dificultad	
	- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	
	- Dificultad para dormir cada noche	
5 Insomnio intermedio	- No hay dificultad	
	- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	
	- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica	
	en 2 (excepto por motivos de orinar, tomar o dar medicación)	
6 Insomnio tardío	- No hay dificultad	
	- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	
	- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
7 Trabajo y actividades	- No hay dificultad	
	- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	
	- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	
	- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	
	- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	
8 Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida)	- Palabra y pensamiento normales	
	- Ligero retraso en el habla	
	- Evidente retraso en el habla	
	- Dificultad para expresarse	
	- Incapacidad para expresarse	
9 Agitación	- Ninguna	

psicomotora	- Juega con sus dedos	
	- Juega con sus manos, cabello, etc.	
	- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	
	- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	
10 Ansiedad psíquica	- No hay dificultad	
	- Tensión subjetiva e irritabilidad	
	- Preocupación por pequeñas cosas	
	- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	
	- Expresa sus temores sin que le pregunten	
11 Ansiedad somática (sequedad de boca, diarrea, eructos, palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	- Ausente	
	- Ligera	
	- Moderada	
	- Severa	
	- Incapacitante	
12 Síntomas somáticos gastrointestinales	- Ninguno	
	- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	
	- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
13 Síntomas somáticos generales	- Ninguno	
	- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	
	Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	
14 Síntomas genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales)	- Ausente	
	- Débil	
	- Grave	
15 Hipocondría	- Ausente	
	- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	
	- Preocupado por su salud	
	- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
16 Pérdida de peso	- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	
	- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	
	- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	
17 Introspección (insight)	- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
	- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	
	- No se da cuenta que está enfermo	

#### 7.4 TEST DE HAMILTON A.

FAVOR COLOCAR EN CADA CUADRO EL NUMERO QUE CORRESPONDE A SU RESPUESTA

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

ELEMENTO	SINTOMAS	PUNT.	ELEMENTO	SINTOMAS	PUNT.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	

2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas Respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas Gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas Genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular		PUNTUACION TOTAL		
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

### Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda	puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>	
Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/ Covacha/Otro	0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ Tapia	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>	
No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38

Acceso a tecnología	puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>	
No	0
Sí	45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>	
No	0
Sí	35

<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17